

# گزارش یک مورد حاملگی در محل برش سزارین

الله بهرامی وزیر<sup>۱</sup>، آمنه منصوری<sup>۲</sup>، عزیزه فرشباغ خلیلی<sup>۳</sup>، فاطمه قلیچ خانی<sup>۴</sup>، اعظم محمدی<sup>۵\*</sup>

<sup>۱</sup>گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران، <sup>۲</sup>گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، البرز، ایران، <sup>۳</sup>مرکز تحقیقات طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، <sup>۴</sup>گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، <sup>۵</sup>مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۲۰

## چکیده

**زمینه و هدف:** حاملگی در محل برش سزارین نادر است و تأخیر در تشخیص و درمان آن با عوارض مادری همراه است، اما روش های تشخیصی و درمانی به علت نادر بودن آن در دست بررسی است و پروتکل استاندارد برای اداره حاملگی در محل برش سزارین وجود ندارد. هدف از این گزارش ارایه روش تشخیص و درمان زود هنگام حاملگی در محل برش سزارین می باشد.

**معرفی بیمار:** خانمی ۳۴ ساله، با بارداری دوم، سن حاملگی ۸ هفته و ۳ روز و سابقه یک مورد سزارین با شکایت لکه بینی و درد شدید زیر شکم به بیمارستان مراجعه کرد. میزان گنادوتروپین جفتی انسان ( $\beta$ -hCG)، ۵۶۰۰ میلی مول بر میلی لیتر گزارش شد، در سونوگرافی ترانس واژینال تصویر ساک حاملگی نا به جا حاوی اکوهای داخلی بدون قطب رویانی در محل برش سزارین قبلی و در بررسی کالر داپلر جریان خون در اطراف ساک حاملگی دیده شد. بیمار به مدت ۳ روز جهت سقط خود به خودی حاملگی خارج رحمی یا کاهش اندازه ساک بارداری در بیمارستان پیگیری شد. به علت افزایش  $\beta$ -hCG، دیلاتاسیون و کورتاژ مکشی و رکتوسکوپ هیستروسکوپی انجام شد. ۲۴ ساعت بعد از درمان، اولین  $\beta$ -hCG، ۱۹۱ میلی مول بر میلی لیتر گزارش شد، بررسی بعدی در دو مرحله با فواصل ۴۸ ساعته انجام شد و روند نزولی داشت، سپس یک هفته بعد مجدد بررسی گردید و میزان  $\beta$ -hCG به ۳۰ میلی مول بر میلی لیتر رسیده بود. بعد از یازده روز پیگیری، به دلیل روند کاهشی  $\beta$ -hCG، پیگیری متوقف شد.

**نتیجه گیری:** در بیمار حاضر حاملگی در محل برش سزارین با سونوگرافی ترانس واژینال در مراحل اولیه تشخیص داده شد و درمان مناسب با دیلاتاسیون و کورتاژ مکشی و رکتوسکوپ هیستروسکوپی انجام شد. در زنان باردار با شکایت لکه بینی واژینال و سابقه سزارین قبلی احتمال حاملگی نابجا در محل سزارین همواره مورد توجه قرار گیرد تا از عوارض احتمالی بیشتر و احتمال خارج سازی رحم جلوگیری شود.

**واژه های کلیدی:** حاملگی خارج رحمی، برش سزارین، کورتاژ مکشی، هیستروسکوپی

\*نویسنده مسئول: اعظم محمدی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی

Email: Mohammadi\_a222@yahoo.com



## مقدمه

حاملگی در محل برش سزارین یک شکل نادر از انواع حاملگی خارج رحمی است و در حدود ۱ مورد از هر ۲۰۰۰ مورد حاملگی قبلی رخ می‌دهد، اما به دلیل افزایش سزارین، انتظار می‌رود میزان آن افزایش یابد (۲ و ۱). در حدود نیمی از موارد حاملگی در محل برش سزارین، بیمار یک مورد سابقه سزارین دارد (۱). فاصله زمانی آخرین سزارین تا حاملگی در برش سزارین ممکن است، ۶ سال (۲ تا ۱۵ سال) باشد (۳). تأخیر در تشخیص و درمان منجر به خونریزی شدید رحمی، پارگی رحم و هیستریکتومی می‌شود (۲) و در برخی موارد، پارگی زودهنگام، سبب حاملگی شکمی می‌گردد (۴).

سابقه جراحی لوله، سزارین، سقط، بیماری التهابی لگن از عوامل خطر حاملگی خارج رحمی هستند (۷-۵). عوامل خطر حاملگی در محل برش سزارین به خوبی شناخته نشده است (۲)، اما دیلاتاسیون و کورتاژ، سابقه حاملگی خارج رحمی و سابقه لقاح آزمایشگاهی در ایجاد آن مؤثر هستند (۸).

میانگین سن بارداری در زمان تشخیص حاملگی در برش سزارین معمولاً  $7/5 \pm 2/5$  هفته تا حد نهایی ۱۶ هفته است (۹ و ۱). علایم بالینی طیف گسترده‌ای دارند، شایع‌ترین علایم خونریزی واژینال خفیف (۳) و خونریزی واژینال بدون درد (۲ و ۱) هستند، اما خونریزی واژینال شدید (۱۰)، ناراحتی شکمی (۳)، درد شکمی (۱۲ و ۱۱) و سنکوپ (۱۰) نیز گزارش شده است، بعضی افراد فاقد هرگونه علامت

بالینی هستند و در سونوگرافی روتین بارداری تشخیص داده می‌شوند (۱۰). همچنین در مطالعه انجام شده در بیمارستان رازی اهواز شایع‌ترین علامت در افراد با حاملگی در برش سزارین خونریزی واژینال (۱۰۰ درصد) و سپس درد شکم (۳۸ درصد)، علایم شوک هیپوولمی (۳۶ درصد) و استفراغ (۳۳ درصد) گزارش شد (۱۳). روش‌های گوناگونی برای تشخیص حاملگی در برش سزارین وجود دارد (۲) از جمله، سونوگرافی ترانس واژینال (۱۳ و ۱)، سونوگرافی ترانس واژینال کالر داپلر (۳)، سونوگرافی سه بعدی (۱۴)، تصویر برداری با روزنانس مغناطیسی MRI (۳). سونوگرافی خط اول تشخیص و سونوگرافی ترانس واژینال در هفته‌های اول بارداری منجر به تشخیص می‌شود (۲).

درمان حاملگی در برش سزارین طیف وسیعی دارد و شامل دیلاتاسیون و کورتاژ (۱۰)، متوترکسات (MTX) داخل وریدی، ترکیب دیلاتاسیون و کورتاژ و MTX، رزکسیون با لاپاراتومی (۱۵)، رزکتوسکوپ هیستروسکوپیک، رزکتوسکوپ هیستروسکوپیک همراه با تزریق MTX (۱۶)، لاپاراسکوپي همراه هیستروسکوپي (۱۷) و هیستریکتومی است (۲).

با توجه به موارد ذکر شده و گزارش‌های مورد، تنوع علایم، روش‌های تشخیصی و درمانی حاملگی در محل برش سزارین مشهود است (۳)، در گزارش مورد جلیلی و همکاران، در بیماری با سابقه سه مورد سزارین و شکایت لکه بینی، با انجام

## معرفی بیمار

خانمی ۲۴ ساله، با بارداری دوم، سن حاملگی ۸ هفته و ۳ روز با لکه بینی و درد شدید زیر شکم با انتشار به کشاله ران، به بیمارستان سطح دو مراجعه کرد. بیمار ۱۳ سال قبل ازدواج غیر فامیلی داشت و تنها از روش کاندموم برای پیشگیری از بارداری استفاده کرده بود. سابقه بیماری، بستری و جراحی ذکر نمی‌شود و ۹ سال پیش به دلیل وزن ۴۵۰۰ گرم جنین سزارین شده بود. شکم تندرست و ریباندتدرنس نداشت و دهانه سرویکس بسته بود. به دلیل سابقه سزارین به حاملگی خارج رحمی شک شد.  $\beta$ -hCG چک شد و میزان آن ۵۶۰۰ میلی‌مول بر میلی‌لیتر گزارش شد و در سونوگرافی ترانس واژینال تصویر ساک حاملگی حاوی اکوهای داخلی بدون قطب رویانی، در مجاورت سوچور سزارین، هماتوم به ابعاد ۱۷×۱۲ میلی‌متر و واکنش دسیدوایی در اطراف ساک حاملگی مشاهده شد و در بررسی کالر داپلر جریان خون در اطراف ساک حاملگی وجود داشت (عکس ۱). بیمار با تشخیص حاملگی در برش سزارین به بیمارستان سطح سه ارجاع داده شد.

بعد از ۲۴ ساعت، بیمار با علایم حیاتی طبیعی، درد شدید زیر شکم و لکه بینی به بیمارستان سطح سه مراجعه کرد. شکم نرم، بدون تندرست و ریباندتدرنس بود، دهانه سرویکس بسته بود.  $\beta$ -hCG به ۲۱۴۹ میلی‌مول بر میلی‌لیتر رسیده بود، هموگلوبین ۱۴/۴ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر و هماتوکریت ۴۱/۸ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر بود. در سونوگرافی ترانس

سونوگرافی شکمی، تشخیص احتمالی حاملگی در محل برش سزارین داده شد و در سونوگرافی کالر داپلر تشخیص قطعی شد، با تجویز تک دز MTX داخل ساک بارداری و تک دز MTX سیستمیک، خون‌ریزی و افزایش گنادوتروپین جفتی انسان ( $\beta$ -hCG) رخ داد، در نهایت بیمار کورتاژ شد (۱۸). در گزارش برانکازو و همکاران بیمار با سابقه سه مورد سزارین و شکایت از خون‌ریزی واژینال و تشخیص بارداری داخل رحمی در سونوگرافی ترانس واژینال سه هفته قبل، با انجام سونوگرافی ترانس واژینال مجدد احتمال حاملگی در محل برش سزارین داده شد، به علت شاخص توده بدنی ۲۸ بیمار، تشخیص قطعی با انجام MRI داده شد و نفوذ ساک بارداری تا مثانه دیده شد، به دلیل عدم تمایل به بارداری مجدد، بیمار تحت لاپاراتومی سیستمیکتومی، سالنژکتومی دو طرفه و سیستمیکسکوپی قرار گرفت (۱۹).

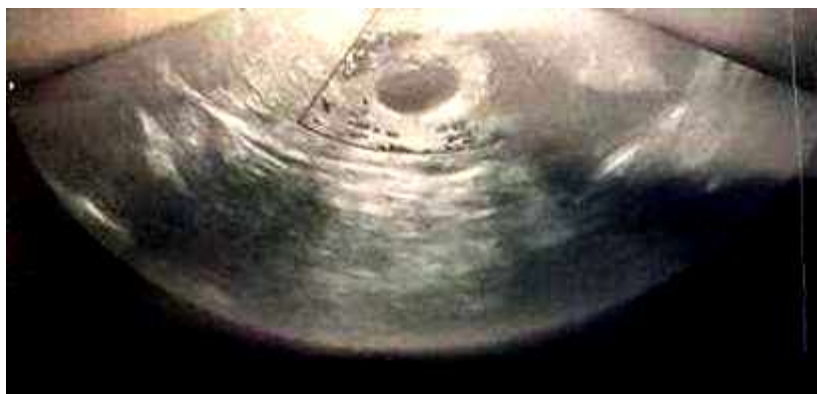
با توجه به تنوع علایم، فقدان علایم اختصاصی، نادر بودن حاملگی در محل برش سزارین روش‌های تشخیصی و درمانی آن در دست بررسی است و فقدان پروتکل استاندارد برای اداره آن ممکن است منجر به، تشخیص دیر هنگام و روش‌های درمانی نامناسب گردد، که می‌توانند زندگی و قدرت باروری آینده فرد را تهدید کنند، لذا هدف از این مطالعه گزارش یک مورد حاملگی در محل برش سزارین بود.

داخل انسزیون سزارین دیده شد. با توجه به افزایش  $\beta$ -hCG دستور ختم بارداری داده شد. به دلیل بسته بودن دهانه رحم، ۱۰۰ میلی گرم شیاف میز و پروستول واژینال تجویز شد و ۴ ساعت بعد سونوگرافی ترانس واژینال جهت بررسی مکان ساک حاملگی تکرار شد و ساک حاملگی مجاور اینترنال اوس به سمت سرویکس مشاهده شد.

دیلاتاسیون و کورتاژ مکشی و رزکتوسکوپ هیستروسکوپی انجام شد. با انجام هیستروسکوپی مشاهده محل برش سزارین که ساک حاملگی در آن لانه گزینی کرده بود فراهم گردید، زیر دید هیستروسکوپی نسج بارداری با استفاده از رزکتوسکوپ خارج شد و محل انسزیون سزارین بررسی شد و چسندگی نداشت، نمونه به پاتولوژی ارسال شد و پاتولوژی حاملگی در محل برش سزارین را تأیید نمود. ۲۴ ساعت بعد،  $\beta$ -hCG به ۱۹۱ میلی مول بر میلی لیتر رسید و بیمار با داکسی سایکلین ۱۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به مدت یک هفته ترخیص شد.  $\beta$ -hCG ۴۸ ساعت بعد از ترخیص ۱۲۰ میلی مول بر میلی لیتر و در ۴۸ ساعت دوم، به ۸۱ میلی مول بر میلی لیتر رسید، به علت روند نزولی  $\beta$ -hCG، بررسی یک هفته بعد انجام شد و میزان آن ۳۰ میلی مول بر میلی لیتر بود، با توجه به روند کاهشی  $\beta$ -hCG، پیگیری متوقف گردید. در کل بیمار به مدت ۱۱ روز بعد از ترخیص پیگیری شد.

واژینال تصویر تجمع هتروژن کیستیک به ابعاد تقریبی  $23 \times 15 \times 24$  میلی متر با حجم تقریبی ۴ سی سی در سگمان تحتانی رحم مجاور برش سزارین مشاهده شد. بیمار با تشخیص حاملگی در برش سزارین بستری شد، کراس مچ انجام شد و ۴ واحد گلبول قرمز متراکم رزو شد. بررسی هموگلوبین و هماتوکریت هر ۶ ساعت و  $\beta$ -hCG، در ۲۴ ساعت آینده و انجام سونوگرافی ترانس واژینال در طی ۴۸ ساعت آینده تجویز شد. علایم پارگی رحم و خونریزی داخل شکمی وجود نداشت و به علت درد شدید زیر شکم آمپول و شیاف دیکلوفناک و آمپول هیوسین تجویز شد. لکه بینی پایدار بود و هر ۶ ساعت یک لیتر سرم رینگر لاکتات تجویز شد.

با گذشت ۲۴ ساعت از زمان بستری، میزان  $\beta$ -hCG ۶۲۸ میلی مول بر میلی لیتر، هموگلوبین  $12/8$  میلی گرم بر دسی لیتر و هماتوکریت  $37/1$  میلی گرم بر دسی لیتر گزارش شد. توصیه به بررسی مجدد  $\beta$ -hCG در ۴۸ ساعت آینده و هموگلوبین و هماتوکریت هر ۶ ساعت شد. با گذشت ۷۲ ساعت از زمان بستری،  $\beta$ -hCG با ۱۳ درصد افزایش به ۷۲۳ میلی مول بر میلی لیتر، هموگلوبین به  $12/1$  میلی گرم بر دسی لیتر و هماتوکریت به  $36/2$  میلی گرم بر دسی لیتر رسیدند. در سونوگرافی ترانس واژینال، تصویر ساک حاملگی حاوی هماتوم و فاقد فتال پول به ابعاد تقریبی  $18 \times 30$  میلی متر در سگمان تحتانی رحم و با گسترش به



عکس ۱: سونوگرافی ترنس واژینال

## بحث

حاملگی در محل برش سزارین یک شکل نادر از انواع حاملگی خارج رحمی است، اما به دلیل افزایش سزارین، انتظار می‌رود میزان آن افزایش یابد (۱ و ۲)، از سوی دیگر تأخیر در تشخیص و درمان منجر به خونریزی شدید رحمی، پارگی رحم و هیستریکتومی می‌شود (۲)، لذا هدف از این مطالعه گزارش یک مورد حاملگی در محل برش سزارین بود.

در آنالیز هفده مقاله که به وسیله ژانگ و همکاران گزارش شده بود، خونریزی واژینال خفیف (۳) و در مقالات مرووری روتاس و همکاران و آس و همکاران خونریزی واژینال بدون درد شایع‌ترین علائم حاملگی در محل برش سزارین بیان شدند (۱ و ۲)، همچنین آیچ و همکاران، ناراحتی شکمی (۳) و ژانگ و همکاران، درد شکمی را علائم با شیوع کمتر گزارش کردند (۱۱)، در مطالعه گذشته‌نگر نجفیان و همکاران، در طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۹ با بررسی ۱۵ فرد با حاملگی نابجا در برش سزارین در بیمارستان رازی اهواز، شایع‌ترین علامت خونریزی

واژینال (۱۰۰ درصد) و سپس درد شکم (۳۸ درصد) بود (۱۳). نحوه تظاهر این نوع حاملگی خارج رحمی بسیار متغیر است و در زنانی که دارای سابقه سزارین هستند، باید احتمال این نوع حاملگی مدنظر قرار گیرد (۲۰). در بیمار حاضر نیز لکه‌بینی و درد شدید شکم شایع‌ترین علائم بودند، که با علائم ذکر شده در دیگر پژوهش‌ها همخوانی دارد.

در بیمار حاضر به علت سابقه سزارین شک به حاملگی خارج رحمی شد و برای تشخیص آزمایش  $\beta$ -hCG و سونوگرافی ترانس واژینال درخواست شد. سابقه سزارین از عوامل خطر حاملگی خارج رحمی است و آزمایش  $\beta$ -hCG و سونوگرافی ترانس واژینال از اجزای اصلی تشخیصی حاملگی خارج رحمی هستند (۵).  $\beta$ -hCG اولیه، ۵۶۰۰ میلی‌مول بر میلی‌لیتر بود و در فاصله ۲۴ ساعت به ۲۱۴۹ میلی‌مول بر میلی‌لیتر رسید. بیمار بستری شد و در فاصله ۲۴ ساعت بعد از بستری به ۶۲۸ میلی‌مول بر میلی‌لیتر رسید، بعد از ۷۲ از بستری با ۱۳ درصد افزایش ۷۲۳ میلی‌مول بر میلی‌لیتر گزارش شد، موری و همکاران

برش سزارین درمان کردند،  $\beta$ -hCG بعد از چهار هفته منفی شد، بیمار دوم با تزریق MTX داخل ساک بارداری و تزریق یک دوز سیستماتیک MTX و کورتاژ درمان شد و  $\beta$ -hCG بعد از چهار هفته به ۵ میلی-مول بر میلی-لیتر رسید، بیمار سوم، با تزریق MTX داخل ساک بارداری و کورتاژ و رسیدن  $\beta$ -hCG به ۱۰۳ در طی ۲ هفته و بعد از یک ماه به حد غیر قابل اندازه‌گیری درمان شد (۱۸). حسن زاده مفرد و همکاران با استفاده از MTX تک دز اقدام به درمان حاملگی در محل برش سزارین کردند، که منجر به افزایش خون‌ریزی و درد شکمی گردید و در نهایت بیمار لاپاراتومی شد،  $\beta$ -hCG چهار هفته بعد از لاپاراتومی منفی بود (۲۳)، میانگین پیگیری بیمار در گزارش موردی حاضر یک سوم پژوهش‌های ذکر شده است. همچنین دیناس و همکاران گزارش کردند، درمان حاملگی در محل برش سزارین با استفاده از هیسترسکوپی زمان کاهش  $\beta$ -hCG و پیگیری بعد از درمان کوتاه‌تری نسبت به استفاده از MTX دارد (۱۶). نائیه و همکاران در یک مطالعه گذشته‌نگر گزارش کردند میانگین غیر قابل سنجش شدن  $\beta$ -hCG بعد از تزریق موضعی و سیستماتیک MTX ۹۸ روز (۶۳ تا ۱۶۲ روز) است (۲۲). که در مقایسه با حاملگی گزارش شده حاضر و درمان با دیلاتاسیون و کورتاژ مکشی و رزکتوسکوپ هیسترسکوپی دوره پیگیری طولانی‌تری دارد.

محکوب و همکاران دوز عضلانی MTX و یک دز کلرید پتاسیم به داخل ساک حاملگی در محل برش سزارین تزریق کردند، ابتدا سطح  $\beta$ -hCG رو به کاهش

در مقاله مرور سیستماتیک گزارش کردند، در مراحل اولیه حاملگی طبیعی، تقریباً هر ۴۸ ساعت  $\beta$ -hCG دو برابر می‌شود و کمترین حد طبیعی افزایش ۵۳ درصد تا ۶۶ درصد می‌باشد (۲۱). در بیمار حاضر سونوگرافی ترانس واژینال اولیه و در سونوگرافی فالوآپ ترانس واژینال کالر داپلر، حاملگی در محل برش سزارین تشخیص داده شد. در مطالعه نجفیان و همکاران با بررسی ۱۵ مورد حاملگی در محل برش سزارین و در مقاله مروری آش و همکاران سونوگرافی به عنوان خط اول تشخیص معرفی گردید (۱۳ و ۲) و سونوگرافی ترانس واژینال و سونوگرافی ترانس واژینال کالر داپلر با موارد مثبت کاذب کمی همراه بودند (۲) و سونوگرافی ترانس واژینال ۸۵ درصد حساسیت داشت (۱).

در گزارش موردی حاضر، حاملگی در محل برش سزارین، در سن بارداری ۸ هفته و ۳ روز تشخیص داده شد، نائیه و همکاران با بررسی ۱۲ مورد حاملگی در برش سزارین، سن تشخیص این نوع حاملگی را (۹/۱ — ۵/۹ هفته) ۷/۵ هفته گزارش کردند (۲۲).

در بیمار حاضر بعد از بستری کردن، به دلیل افزایش  $\beta$ -hCG و عدم سقط، دیلاتاسیون و کورتاژ مکشی و رزکتوسکوپ هیسترسکوپی انجام شد و بیمار یازده روز پیگیری شد. جلیلی و همکاران در گزارش موارد به بررسی روند درمان و پیگیری ۳ فرد با حاملگی برش سزارین پرداختند، بیمار اول را با انجام برش گوه‌ای در طی لاپاراتومی حاملگی در محل

گذاشت، اما بعد از ده هفته میزان  $\beta$ -hCG ثابت شد و در نهایت با استفاده از لاپاراسکوپی و کلامپ کردن دو طرفه شریان رحمی بیمار تحت درمان قرار گرفت، یک ماه بعد از مداخله، سونوگرافی طبیعی بود (۲۴).

در مطالعه حاضر ۲۴ ساعت بعد از هیسترسکوپی بیمار ترخیص شد، مطالعه گذشته‌نگر انجام شده به وسیله پَن و لیئو با بررسی روند درمان ۴۴ فرد با حاملگی در محل برش سزارین، در دو بیمار هیسترسکوپی با لاپاراسکوپی ترکیب شد، در سه بیمار قبل از انجام هیسترسکوپی به علت خون‌ریزی شدید آمبولیزاسیون شریان رحمی انجام شد، در سه بیمار نیز میفه پریستون و MTX استفاده شد و در بقیه موارد تنها هیسترسکوپی انجام شد. در تمام بیماران حاملگی در محل برش سزارین با هیستروسکوپی به صورت موفقیت‌آمیز برداشته شد و عارضه‌ای نداشت. میانگین مدت بستری در بیمارستان  $3 \pm 5$  روز بود و پیشنهاد شد که ممکن است هیستروسکوپی به عنوان یک روش درمانی خط اول مفید باشد. در مقایسه با مطالعه حاضر مدت بستری طولانی‌تر بود، اما درمان موفقیت‌آمیز و بدون عارضه مشابه مطالعه حاضر بود (۲۵).

در مطالعه گذشته‌نگر انجام شده به وسیله ژائو و همکاران با بررسی ۴۲ فرد با حاملگی در محل برش سزارین روش درمانی آمبولیزاسیون شریان رحمی و رزکتوسکوپ هیسترسکوپی مقایسه شدند. در مقایسه با آمبولیزاسیون شریانی رحمی رزکسیون هیستروسکوپی خون‌ریزی کمتر، میزان موفقیت در

عمل جراحی بیشتر، تروما کمتر و بهبودی سریع‌تری داشت و رزکتوسکوپ هیستروسکوپی را روش مناسبی برای درمان حاملگی در محل برش سزارین گزارش کردند (۲۶).

در مطالعه حاضر سن بارداری در هنگام انجام کورتاژ مکشی و رزکتوسکوپ هیسترسکوپی ۸ هفته و ۳ روز بود. در مطالعه انجام شده به وسیله کاراهاسان اوغلو و همکاران کورتاژ مکشی همراه با تامپوناد با استفاده از بالون فولی به عنوان خط اول درمان حاملگی در محل برش سزارین معرفی شدند. این روش‌ها در موارد تشخیص زودرس حاملگی در محل برش سزارین (با سن بارداری ۴ هفته و ۵ روز تا ۷ هفته ۶ روز) ایمن و موفق هستند (۲۷)، نتایج این مطالعه در درمان زودرس حاملگی در محل برش سزارین با استفاده از کورتاژ ساکشنی مشابه مطالعه حاضر است.

با توجه با افزایش سزارین و به تبع آن افزایش حاملگی در محل برش سزارین و نبود روش استاندارد درمانی برای آن، نیاز است با آرایه مقالات گزارش مورد یا موارد روش‌های تشخیصی و درمانی آرایه گردند، تا بتوان با تشخیص و درمان به هنگام و مناسب در کاهش عوارض و حفظ باروری در بیماران مبتلا به حاملگی در محل برش سزارین اقدام نمود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم دسترسی به اطلاعات سزارین قبلی بیمار و نوع برش انجام شده اشاره کرد، لذا پیشنهاد می‌شود



مطالعات آتی با بررسی دقیق مستندات قبلی بیمار انجام شده و نوع برش را مشخص کنند.

جراحی کوتاه مدت گردید و قدرت باروری آینده بیمار حفظ شد.

#### نتیجه‌گیری

حاملگی در محل برش سزارین نادر است و در افراد با سابقه سزارین و علایم بارداری خارج رحمی، باید احتمال آن در نظر گرفته شود، همچنین علایم بالینی طیف گسترده‌ای دارند و حتی ممکن است بیمار علامتی نداشته باشد. از سوی دیگر عدم تشخیص و شروع به موقع درمان ممکن است منجر به پارگی رحم، خون‌ریزی گسترده و مرگ مادر شود. در حاملگی در محل برش سزارین، اقدامات تشخیصی و درمانی متنوع است و با توجه به شرایط هر بیمار بهترین اقدام درمانی باید اجرا شود، اما روش استاندارد مشخصی برای درمان و مدیریت این نوع بارداری وجود ندارد، بنابراین با ارایه مقالات گزارش مورد یا موارد درمان‌های متفاوت مشخص می‌گردند و برای دیگر بیماران برای کسب نتایج بهتر مورد استفاده قرار گیرد. در گزارش موردی حاضر به منظور تشخیص زود هنگام و جلوگیری از پارگی رحم از سونوگرافی ترانس واژینال به عنوان اولین اقدام تشخیصی استفاده شد و درمان مناسب و به هنگام با دیلاتاسیون و کورتاژ مکشی و رزکسیون هیسترسکوپی انجام شد و مدت زمان پیگیری بعد از

#### تقدیر و تشکر

بدین وسیله بر خود لازم می‌دانیم ضمن تشکر از تمامی بیماران و پرسنل بیمارستان به دلیل همکاری صمیمانه در جمع‌آوری اطلاعات تشکر می‌کنیم.

## REFERENCES

1. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstetrics and Gynecology* 2006; 107(6): 1373-81.
2. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007; 114(3): 253-63.
3. Zhang Y, Gu Y, Wang J, Li Y. Analysis of cases with cesarean scar pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2013; 39(1): 195-202.
4. Teng HC, Kumar G, Ramli NM. A viable secondary intra-abdominal pregnancy resulting from rupture of uterine scar: role of MRI. *The British Journal of Radiology* 2007; 80(955): e134-6.
5. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2011; 37(4): 231-40.
6. Ghomian N, Alamatian A, Gaffarian-Omid M. Report of a Case with simultaneous ovarian cyst torsion and ectopic pregnancy in the right adnexa after spontaneous pregnancy. *JBUMS* 2017; 19(8): 69-73.
7. Mansouri A, Bahrami-Vazir E, Mehdizadeh-Tourzani Z. Fertility preservation in treatment of cervical pregnancy: A case report. *J Isfahan Med Sch* 2018; 35(453): 1546-9.
8. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A. Ectopic pregnancies in a Cesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Human Reproduction Update* 2004; 10(6): 515-23.
9. Smith A, Ash A, Maxwell D. Sonographic diagnosis of cesarean scar pregnancy at 16 weeks. *Journal of Clinical Ultrasound: JCU* 2007; 35(4): 212-5.
10. Moschos E, Sreenarasimhaiah S, Twickler DM. First-trimester diagnosis of cesarean scar ectopic pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound: JCU* 2008; 36(8): 504-11.
11. Aich R, Solanki N, Kakadiya K, Bansal A, Joshi M, Nawale A. Ectopic pregnancy in caesarean section scar: A case report. *Radiol Case Rep* 2015; 10(4): 68-71.
12. Birge O, Karaca C, Arslan D, Kinali E. Medical management of cesarean scar pregnancy at advanced age: case report and literature review. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* 2016; 43(1): 140-2.
13. Najafian M, Ahmadzadeh A, Momen Gharibvand M. Cesarean scar pregnancy—case series from Ahvaz. *JSMJ* 2010; 10(6): 685-92.
14. Pavlova E, Gunev D, Diavolov V, Slavchev B. Cesarean scar ectopic pregnancy: diagnosis with 2D, three-dimensional(3D) ultrasound and 3D power doppler of a case and review of the literature. *Akusherstvo I Ginekologija* 2013; 52(6): 43-52.
15. Zhang Y, Chen Y, Lu Z, KQ H, Hua K. Analysis of 96 cases with cesarean scar pregnancy. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2010; 45(9): 664-8.
16. Deans R, Abbott J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2010; 93(6): 1735-40.
17. Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, Wang CW, Soong YK, Lee CL. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy. *Fertility and Sterility* 2006; 85(2): 494.
18. Jalili J, Afiat M, Taraorcid F, Khorsand N, Javidi A. Cesarean scar pregnancy and successful treatment: Case series. *IJOGI* 2017; 20(5): 97-102.
19. Brancazio S, Saramago I, Goodnight W, McGinty K. Cesarean scar ectopic pregnancy: Case report. *Radiology Case Reports* 2019; 14(3): 354-9.
20. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetrics*. 24<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2014; 391-2.
21. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005; 173(8): 905-12.
22. Naeh A, Shrim A, Shalom-Paz E, Amir M, Hallak M, Bruchim I. Cesarean scar pregnancy managed with local and systemic methotrexate: A single center case series. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 2019; 238: 138-42.
23. Hasanzade-Mofrad M, Hoseini E, Farazestanian M, Boroumand M. Ectopic pregnancy in the previous cesarean scar(A Case Report). *IJOGI* 2015; 18(153): 20-4.

24. Mahgoub S, Gabriele V, Faller E, Langer B, Wattiez A, Lecointre L, et al. Cesarean Scar ectopic pregnancy: laparoscopic resection and total scar dehiscence repair. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2018; 25(2): 297-8.
25. Paalman RJ, Mc ET. Cervical pregnancy; review of the literature and presentation of cases. *Am J Obstet Gynecol* 1959; 77(6): 1261-70.
26. Zhao L, Yang H, Ma BR, Yin ZH. Comparison of hysteroscopy and curettage in incomplete pregnancy with cesarean scar pregnancy. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2018; 98(3): 217-21.
27. Karahasanoglu A, Uzun I, Deregozu A, Ozdemir M. Successful treatment of cesarean scar pregnancy with suction curettage: our experiences in early pregnancy. *The Ochsner Journal* 2018; 18(3): 222-5.

# Pregnancy in a Cesarean Section: A Case Study

Bahrami Vazir E<sup>1</sup>, Mansouri A<sup>2</sup>, Farshbaf Khalili A<sup>3</sup>, Ghelich Khani F<sup>4</sup>, Mohammadi A<sup>5\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran, <sup>2</sup> Department of Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Alborz, Iran, <sup>3</sup>Research Centers for Physical Medicine and Rehabilitation, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran, <sup>4</sup>Department of Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, <sup>5</sup>Nursing and Midwifery Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran Iran

Received: 02 July Nov 2019

Accepted: 09 Feb 2020

## Abstract

**Background & aim:** Pregnancy at cesarean section is rare and delays in diagnosis and treatment are associated with maternal complications, but diagnostic and treatment methods are being studied due to its rarity and there is no standard protocol for pregnancy management at cesarean section. . The purpose of the present report was to provide a method of early diagnosis and treatment of pregnancy at the site of cesarean section.

**Case Report:** A 34-year-old woman with a second pregnancy, gestational age of 8 weeks and 3 days, and a history of a cesarean section complained of spotting and severe abdominal pain. The amount of  $\beta$  human placental gonadotropin ( $\beta$ -hCG) was reported to be 5600 mmol/ml. In transvaginal ultrasound, the gestational sac containing internal echoes without a embryonic pole was seen at the site of the previous cesarean section and the blood flow around the gestational sac. The patient was followed up for 3 days for spontaneous abortion of ectopic pregnancy or reduction of gestational sac size in the hospital. Due to the increase in  $\beta$ -hCG, dilatation and suction curettage and hysteroscopic resection were performed. Twenty-four hours after treatment, the first  $\beta$ -hCG, 191 mmol/ml, was reported. The next study was performed in two stages at 48-hour intervals and had a downward trend. Then, a week later, the  $\beta$ -hCG level was increased to 30 mmHg. The millimeter had arrived. After 11 days of follow-up, follow-up was stopped due to a decrease in  $\beta$ -hCG.

**Conclusion:** In the present patient, pregnancy at the cesarean section was diagnosed with transvaginal ultrasound in the early stages and appropriate treatment was performed with dilatation and suction cortex and hysteroscopic resection. In pregnant women, with the complaint of vaginal spotting and a history of previous cesarean section, the possibility of miscarriage at the cesarean section should always be considered to prevent further possible complications and the possibility of uterine removal.

**Keywords:** Ectopic Pregnancy, Cesarean Section, Suction Curettage, Hysteroscopy

---

\*Corresponding author: Mohammadi A, Department of Midwifery and Reproductive Health, Nursing and Midwifery Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: Mohammadi\_a222@yahoo.com

## Please cite this article as follows:

Bahrami Vazir E, Mansouri A, Farshbaf Khalili A, Ghelich Khani F, Mohammadi A. Pregnancy in a Cesarean Section: A Case Study. Armaghane-danesh 2020; 25(2): 264- 274.